



โรงพยาบาลนวมินทร์ 9  
NAVAMIN 9 HOSPITAL

โรงพยาบาลนวมินทร์ 9

599 หมู่ 13 ถนนสีหบุรานุกิจ แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กรุงเทพฯ 10510

Tel. 02-518-1818 Fax : 02-518-2168

198531

## ใบรับรองแพทย์

28 พฤษภาคม 2558

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....

พ.ว. อาน เกื่อนฉ

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรมเลขที่.....

19747

ขอรับรองว่า.....

นาง สุพรี ศรีทองมา

เลขประจำตัวผู้ป่วย.....

017045/53

ได้รับการตรวจรักษา เมื่อ.....

พฤหัสบดี ที่ 28 พฤษภาคม 2558

539

VN

มีอาการ.....

วินิจฉัยว่าเป็นโรค.....

ได้รับการผ่าตัด.....

ปวดท้องจระจิกได้ 0 ชม

ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ.....

ความเห็นแพทย์.....

พฤหัสบดี ที่ 28 พฤษภาคม 2558

1. รับรองว่ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก เมื่อวันที่.....

2. รับรองได้ว่าพักรักษาร่างกายในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่.....

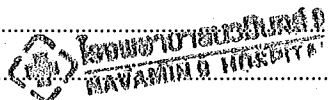
ถึงวันที่.....

3. สมควรให้พักรักษาร่างกาย มีกำหนด..... วัน ตั้งแต่วันที่.....

28 พค 58

ถึงวันที่.....

4. อื่นๆ.....



*(Signature)*